



Universität Leipzig, Studienbüro Mathematik/Informatik, 04081 Leipzig

**Bescheinigung der Prüfungsunfähigkeit**  
- zur Vorlage beim Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsmanagement -

Erläuterung für die Ärztin/den Arzt:

Wenn Studierende aus gesundheitlichen Gründen nicht zu einer Prüfung erscheinen, sie abbrechen oder von ihr zurücktreten, haben sie gemäß der Prüfungsordnung dem Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsmanagement die Erkrankung glaubhaft zu machen. Zu diesem Zweck benötigen sie ein ärztliches Attest, das es dem Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsmanagement erlaubt aufgrund Ihrer Angaben die Rechtsfrage zu beantworten, ob Prüfungsunfähigkeit vorliegt. Die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung den Abbruch der Prüfung oder den Rücktritt von der Prüfung rechtfertigen kann, ist grundsätzlich nicht Aufgabe der Ärztin/des Arztes; dies ist vielmehr letztlich und in eigener Verantwortung vom Prüfungsausschuss bzw. Prüfungsmanagement zu entscheiden. Da es für diese Beurteilung nicht ausreicht, dass Sie dem Prüfling Prüfungsunfähigkeit attestieren, werden Sie um kurze Ausführungen zu den nachstehenden Punkten gebeten. Studierende sind aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht grundsätzlich dazu verpflichtet, zur Feststellung der Prüfungsunfähigkeit ihre Beschwerden offenzulegen und hierzu erforderlichenfalls die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. Dies bedeutet nicht, dass die Ärztin/der Arzt die Diagnose als solche bekannt geben muss, sondern nur die durch die Krankheit hervorgerufenen körperlichen bzw. psychischen Auswirkungen.

Hinweis: Das Attest kann auch *formlos* erstellt werden, soweit es die folgenden Punkte enthält.

**1. Ärztliche Erklärung:** (von der Ärztin/dem Arzt auszufüllen)

**Angaben zur Patientin/zum Patienten:**

Name, Vorname ..... Geburtsdatum .....

**Untersuchungsdatum:** .....

**Beschreibung der Beeinträchtigung/Art der Leistungsminderung:** (zwingend erforderlich)

.....  
.....

Aus meiner ärztlichen Sicht liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor:

ja  nein

Die Gesundheitsstörung ist:

dauerhaft (nicht absehbare Zeit)  vorübergehend

**Voraussichtliche Dauer der Erkrankung:** von: ..... bis einschließlich: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

**2. Erklärung des Prüfungsrücktritts:** (von der/dem Studierenden auszufüllen)

Ich beantrage den Rücktritt für die folgenden Prüfungen im o.g. Erkrankungszeitraum:

.....

im  
Studiengang: .....

Matrikelnummer: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der/des Studierenden